

INFORME DE INCAPACIDAD

DISABILITY REPORT
Decisión de Incapacidad Médica
DSHS 14-144A

El formulario de Informe de Incapacidad, DSHS 14-144A, recaba información acerca de la incapacidad, evidencia médica e historial laboral de un cliente para su uso por la División de Determinación de Incapacidad (DDDS) para determinar la incapacidad médica.

El trabajador social inicia el formulario DSHS 14-144A. El trabajador social debe asegurarse de que el nombre de éste, su Oficina de Servicio Comunitario (CSO) y su número de teléfono figuren en el formulario. Marque el casillero apropiado para indicar que la solicitud de decisión por incapacidad es para Asistencia Médica No Subsidiada (NGMA) o Atención a la Salud para Trabajadores con Incapacidades (HWD). Una vez llenado el formulario adjúntelo al paquete de decisión de incapacidad.

1. El trabajador social completa el encabezado para indicar el nombre, número de seguro social (SSN) y condición incapacitante del cliente.
2. El trabajador social puede asistir al cliente para completar la Parte 1 – Información acerca de su condición. Las fechas no deben ser exactas, pero deben reflejar el mes y el año.
3. El trabajador social puede asistir al cliente para completar la Parte 2 – Información acerca de sus registros médicos. Es importante identificar médicos y fuentes de tratamientos de la manera más completa posible.
4. El trabajador social puede asistir al cliente para completar la Parte 3 – Información acerca de sus actividades. El trabajador social debe revisar la información para asegurarse de que las limitaciones del cliente estén claramente identificadas.
5. El trabajador social puede asistir al cliente para completar la Parte 4 – Información acerca de su educación. Debe indicarse si las clases escolares fueron de Educación Especial.
6. El trabajador social puede asistir al cliente para completar la Parte 5 – Información acerca del trabajo que realizó. No se deben listar los empleadores, sino el tipo de actividad laboral.
7. El trabajador social puede asistir al cliente para completar la Parte 6 – Observaciones. Los puntos 2 al 6 deben ser llenados por el trabajador social.

INFORME DE INCAPACIDAD

Decisión de incapacidad médica

EL PEDIDO ES PARA:	
<input type="checkbox"/>	Asistencia Médica No Subsidiada (NGMA)
<input type="checkbox"/>	Atención a la Salud para Trabajadores con Incapacidades (HWD)

El funcionario de asistencia social llena este formulario durante la entrevista con el solicitante o su representante. **Favor de escribir con letra de molde, mecanografiar o escribir claramente y responder todos los puntos tanto como pueda. Responda todas las preguntas. Las respuestas completas ayudan a procesar el reclamo. Si necesita más espacio para responder cualquier pregunta del formulario, hágalo en la parte 6 o adjunte hojas adicionales.**

1. NOMBRE DEL SOLICITANTE	2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	3. NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL ÁREA)
---------------------------	----------------------------	---

4. ¿CUÁL ES SU INCAPACIDAD? EXPLIQUE BREVEMENTE LA LESIÓN O ENFERMEDAD QUE LE IMPIDE TRABAJAR.

PARTE 1. INFORMACIÓN ACERCA DE SU CONDICIÓN

1. ¿En qué fecha comenzó inicialmente a molestarle su condición? _____

MES DÍA AÑO

2A. Trabajó después de la fecha indicada en el punto 1? *Si responde no, vaya a 3A. y 3B. más abajo*..... SÍ NO

2B. **Si responde sí a 2A.**, ¿su condición le produjo algún cambio en:

Su trabajo o tareas laborales? SÍ NO

Su horario laboral? SÍ NO

Su asistencia? SÍ NO

Cualquier otra cosa relacionada con su trabajo? SÍ NO

2C. **Si respondió sí a cualquier inciso en 2B.**, explique cuáles fueron los cambios en sus circunstancias laborales, las fechas en que ocurrieron y de qué manera su condición hace que estos cambios sean necesarios:

3A. ¿En qué momento su condición le hizo finalmente dejar de trabajar? _____

MES DÍA AÑO

3B. Explique de qué manera su condición le impide trabajar actualmente:

PARTE 2. INFORMACIÓN ACERCA DE SUS REGISTROS MÉDICOS

1. Ingrese la siguiente información acerca del doctor que mantiene los registros médicos más recientes acerca de su condición incapacitante:		<input type="checkbox"/> Marcar aquí si el solicitante NO tiene doctor.
NOMBRE DEL DOCTOR	3. NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUIR EL ÁREA)	¿CON QUÉ FRECUENCIA VE A ESTE DOCTOR?
DIRECCIÓN		FECHA EN QUE VIO POR <u>PRIMERA</u> VEZ A ESTE DOCTOR
ENFERMEDADES O LESIONES POR LAS CUALES SE SOMETIÓ A UN EXAMEN O TRATAMIENTO		FECHA EN QUE VIO POR <u>ÚLTIMA</u> VEZ A ESTE DOCTOR
TIPO DE TRATAMIENTO O MEDICAMENTOS RECIBIDOS (POR EJ. CIRUGÍA, QUIMIOTERAPIA, RADIACIÓN Y LOS MEDICAMENTOS QUE TOMÓ PARA SU ENFERMEDAD O LESIÓN, SI LOS CONOCE.) SI NO HUBO TRATAMIENTO O MEDICAMENTOS, ESCRIBA <u>NINGUNO</u> .		
2. Ha visto a otros doctores desde que empezó su condición incapacitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		De ser sí, responda lo siguiente.
NOMBRE DEL DOCTOR	3. NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUIR EL ÁREA)	¿CON QUÉ FRECUENCIA VE A ESTE DOCTOR?
DIRECCIÓN		FECHA EN QUE VIO POR <u>PRIMERA</u> VEZ A ESTE DOCTOR
ENFERMEDADES O LESIONES POR LAS CUALES SE SOMETIÓ A UN EXAMEN O TRATAMIENTO		FECHA EN QUE VIO POR <u>ÚLTIMA</u> VEZ A ESTE DOCTOR
TIPO DE TRATAMIENTO O MEDICAMENTOS RECIBIDOS (POR EJ. CIRUGÍA, QUIMIOTERAPIA, RADIACIÓN Y LOS MEDICAMENTOS QUE TOMÓ PARA SU ENFERMEDAD O LESIÓN, SI LOS CONOCE.) SI NO HUBO TRATAMIENTO O MEDICAMENTOS, ESCRIBA <u>NINGUNO</u> .		

Si ha visto a otros doctores desde esta enfermedad o lesión, adjunte hojas adicionales con la información indicada arriba.

PARTE 2. INFORMACIÓN ACERCA DE SUS REGISTROS MÉDICOS (CONTINUACIÓN)

3. ¿Ha sido hospitalizado o recibió tratamiento en una clínica por su condición incapacitante? Sí No **De ser sí, responda lo siguiente.**

NOMBRE DEL HOSPITAL O CLÍNICA		DIRECCIÓN	
NÚMERO DE PACIENTE O CLÍNICA			
¿Estuvo hospitalizado (permaneció al menos una noche)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, responda lo siguiente.		¿Era usted paciente externo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, cuáles fueron las fechas de sus consultas?	
NOMBRE DEL PACIENTE O CLÍNICA	NOMBRE DEL PACIENTE O CLÍNICA		

ENFERMEDADES O LESIONES POR LAS CUALES SE SOMETIÓ A UN EXAMEN O TRATAMIENTO

TIPO DE TRATAMIENTO O MEDICAMENTOS RECIBIDOS (POR EJ. CIRUGÍA, QUIMIOTERAPIA, RADIACIÓN Y LOS MEDICAMENTOS QUE TOMÓ PARA SU ENFERMEDAD O LESIÓN, SI LOS CONOCE. SI NO HUBO TRATAMIENTO O MEDICAMENTOS, ESCRIBA NINGUNO.)

4. Si ha estado en otro hospital o clínica por su enfermedad o lesión, responda lo siguiente:

NOMBRE DEL HOSPITAL O CLÍNICA		DIRECCIÓN	
NÚMERO DE PACIENTE O CLÍNICA			
¿Estuvo hospitalizado (permaneció al menos una noche)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, responda lo siguiente.		¿Era usted paciente externo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, cuáles fueron las fechas de sus consultas?	
NOMBRE DEL PACIENTE O CLÍNICA	NOMBRE DEL PACIENTE O CLÍNICA		

ENFERMEDADES O LESIONES POR LAS CUALES SE SOMETIÓ A UN EXAMEN O TRATAMIENTO

TIPO DE TRATAMIENTO O MEDICAMENTOS RECIBIDOS (POR EJ. CIRUGÍA, QUIMIOTERAPIA, RADIACIÓN Y LOS MEDICAMENTOS QUE TOMÓ PARA SU ENFERMEDAD O LESIÓN, SI LOS CONOCE. SI NO HUBO TRATAMIENTO O MEDICAMENTOS, ESCRIBA NINGUNO.)

Si ha estado en otros hospitales o clínicas por su enfermedad o lesión, indique los nombres, direcciones, números de paciente o clínica, fechas y motivos en la Parte 6. o adjunte hojas adicionales

5. ¿Se ha sometido a alguno de los siguientes estudios en el último año? Marque la casilla correcta a continuación y, si responde "sí", indique dónde y cuándo se realizó el estudio.

EXAMEN	SÍ	NO	DÓNDE SE REALIZÓ	FECHA EN QUE SE REALIZÓ
Electrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Radiografía de torso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otras radiografías (especifique el tipo):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Análisis respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Análisis de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro (especificar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6. Si posee una tarjeta de Medicaid, ¿cuál es el número? _____

PARTE 3. INFORMACIÓN ACERCA DE SUS ACTIVIDADES

1. ¿Su médico le ha sugerido que suspenda o limite sus actividades de alguna manera? Sí No
De ser sí, proporcione a continuación el nombre del doctor y lo que esta persona le dijo acerca de suspender o limitar sus actividades.

PARTE 3. INFORMACIÓN ACERCA DE SUS ACTIVIDADES (CONTINUACIÓN)

2. Describa sus actividades diarias en las siguientes áreas e indique qué y cuánto realiza de cada una y con qué frecuencia lo hace.
- Mantenimiento del hogar (incluye cocinar, limpiar, compras y trabajos raros en la casa)
 - Actividades recreativas y pasatiempos (cazar, pescar, jugar a los bolos, caminatas al aire libre, tocar instrumentos musicales, etc.)
 - Contactos sociales (visitas con amigos, parientes, vecinos)
 - Otros (transporte desde y hacia un establecimiento de atención a la salud, andar en motocicleta, andar en autobús, etc.)

PARTE 4. INFORMACIÓN ACERCA DE SU EDUCACIÓN

1. ¿Cuál es el grado más alto que completó en la escuela? _____ ¿En qué año? _____
2. ¿Ha asistido a una escuela de oficios o vocacional o ha tenido algún tipo de capacitación especial?
 Sí No **De ser sí, responda lo siguiente.**

TIPO DE ESCUELA DE OFICIO/ VOCACIONAL O CAPACITACIÓN	FECHAS APROXIMADAS EN LAS QUE ASISTIÓ
--	---------------------------------------

CÓMO UTILIZÓ LA ENSEÑANZA O CAPACITACIÓN EN CUALQUIER TRABAJO QUE HAYA REALIZADO

PARTE 5. INFORMACIÓN ACERCA DEL TRABAJO QUE REALIZÓ

1. Anote todos los trabajos que tuvo en los últimos 15 años antes de que dejara de trabajar, comenzando con su trabajo más habitual. Esto significa el tipo de trabajo que realizó por más tiempo. Si su educación fue hasta 6to grado o menos, Y sólo realizó trabajos en los que no se requería una habilidad especial por 35 años o más, anote todos los trabajos que tuvo desde que comenzó a trabajar. Si necesita más espacio, adjunte más hojas o utilice la Parte 6.

NOMBRE DEL TRABAJO	TIPO DE INDUSTRIA	DESDE	HASTA	DÍAS POR SEMANA	PAGA (POR HORA, DÍAS, SEMANA, MES, O ANUAL)

- 2A. En el trabajo habitual que indicó arriba, usted:
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Utilizaba máquinas, herramientas o equipo de cualquier tipo? | SÍ | NO |
| ¿Tenía un conocimiento técnico o habilidad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Escribía, completaba informes o realizaba tareas similares? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tenía responsabilidades de supervisión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2B. Explique todas las respuestas afirmativas proporcionando una descripción completa de: los tipos de máquinas, herramientas o equipamiento que utilizaba y la operación exacta que usted realizaba; el conocimiento técnico o las habilidades que requería; el tipo de escritos que hacía y la naturaleza de los informes y el número de personas que supervisaba y el alcance de su supervisión.

PARTE 5. INFORMACIÓN ACERCA DEL TRABAJO QUE REALIZÓ (CONTINUACIÓN)

2C. Describa el tipo y la cantidad de actividad física que requería su trabajo habitual durante un día típico marcando la mejor respuesta a continuación.

¿Cuántas horas al día: caminaba? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 permanecía parado? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 permanecía sentado? 0 1 2 3 4 5 6 7 8

¿Cuántas veces al día: se agachaba? Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Constantemente
 se estiraba para alcanzar? Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Constantemente

Levantamiento y carga: describa lo que levantaba y la distancia que lo cargaba.

¿Cuál fue el mayor peso que levantó? 10 lbs. 20 lbs. 50 lbs. 100 lbs. Más de 100 lbs.

¿Cuánto era el peso que levantaba o cargaba frecuentemente? Hasta 10 lbs. Hasta 25 lbs. Hasta 50 lbs. Más de 50 lbs.

PARTE 6. OBSERVACIONES

1. Utilice esta sección como espacio adicional para responder cualquier pregunta anterior. También utilice este espacio para proporcionar cualquier información adicional que considere sería de ayuda para tomar una decisión con respecto a su reclamo por incapacidad (como información sobre otras enfermedades o lesiones no especificadas anteriormente).

A SER LLENADO POR EL TRABAJADOR SOCIAL

2. ¿Habla inglés el solicitante? De ser no, qué idioma habla: SÍ NO
3. Necesita el solicitante asistencia para procesar su reclamo? SÍ NO
De ser sí, proporcione el nombre, la relación y el número de teléfono de una persona dispuesta a asistir al solicitante.

4. ¿Se puede contactar al solicitante (o a su representante) sin problemas de comunicación debido a dificultades idiomáticas, auditivas o del habla? SÍ NO

5. Marque el tipo de dificultad, de haberla, que observó durante la entrevista con el solicitante.
 Lectura Escritura Respuesta a las preguntas Audición
 Posición sentado Comprensión Uso de las manos Respiración
 Vista Forma de caminar Otro (especificar):

Si marcó alguno de los puntos anteriores, describa exactamente la dificultad a continuación:

6. Describa completamente al solicitante (por ej. Contextura física general, altura, peso, comportamiento y dificultades que añadan o suplementen las descritas anteriormente):

FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL	FECHA	NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL (ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDEO MECANOGRAFIAR)
NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR SOCIAL (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)		OFICINA DE SERVICIOS COMUNITARIOS